

Sandra Carreras

## Salud y poder en las metrópolis del Río de la Plata (1870-1930)

Como es ampliamente conocido, Michel Foucault describió el aparato sanitario como uno de los grandes sistemas de disciplinamiento de la modernidad. En sus reflexiones sobre la medicalización de las sociedades occidentales, este autor distinguió tres momentos diferentes de ese proceso, los que a su vez corresponderían a tres modelos nacionales: la medicina de Estado en Alemania, una medicina social orientada a dar respuesta a los problemas provocados por la urbanización en Francia y una medicina de la fuerza laboral en Inglaterra.

De acuerdo con Foucault, como respuesta a la debilidad de los numerosos estados territoriales, en el siglo XVIII surgió en Alemania la *Staatswissenschaft*, y dentro de ella una área diferenciada denominada *Medizinische Polizey*, que fue concebida como una práctica médica orientada fundamentalmente al mejoramiento de la salud de la población, y se caracterizaba por la observación y el registro sistemático de la morbilidad y mortalidad, y por la creación de un cuerpo de funcionarios médicos que tenían la función de velar por el cuerpo de los individuos, en tanto ellos constituían el cuerpo del Estado. La medicina social de Francia, por su parte, se enfrentaba al problema de regular en forma homogénea y coherente el nuevo conglomerado urbano en el que se estaba transformando París en el siglo XVIII, por lo cual su atención se concentró en la noción de “salubridad”, buscando identificar y anular los sitios que pudieran ser focos de epidemias y controlar la circulación del agua y el aire. Finalmente, en la Inglaterra del siglo XIX se llevó a la práctica una medicalización orientada a influir en la fuerza laboral. A partir de la Ley de pobres y del establecimiento de los *health services* alrededor de 1870 se combinó la asistencia médica de las clases no pudientes, el control de la salud de la fuerza laboral y el registro de la marcha general de la salud pública. De ese modo se buscaba proteger a las clases más ricas mediante tres sistemas superpuestos: una medicina asistencial para atender a los más pobres, una

medicina administrativa encargada de los problemas generales y una medicina privada que beneficiaba a quienes podían pagarla (Foucault 1992).

No es el objetivo de este trabajo evaluar en qué medida esta descripción da cuenta realmente de la evolución histórica de los sistemas sanitarios de esos tres países europeos. Su mención tiene otro objetivo: traer a la memoria la cuestión de la relación entre la medicalización y el poder. En ese sentido, la intención de esta presentación es destacar y analizar con ánimo comparativo<sup>1</sup> algunas de las formas de poder que se establecieron —o al menos se intentaron establecer— en torno al complejo “salud-enfermedad” en las ciudades de Buenos Aires y Montevideo entre las décadas de 1870 y 1930. Se trata sobre todo de dar cuenta de las relaciones establecidas entre la política sanitaria y las formas de control social, así como entre las intervenciones sobre el paisaje urbano y las intervenciones sobre los cuerpos y las conductas individuales. Estas dimensiones del poder abarcan y a la vez exceden los mecanismos político-institucionales, obligando a tomar en consideración acciones y discursos correspondientes a otras áreas del sistema social.

Los casos elegidos presentan varias similitudes. Capitales y puertos principales de sus respectivos países, Buenos Aires y Montevideo concentraban el poder político y económico de la región. Ambas ciudades experimentaron un fuerte crecimiento de población, estimulado sobre todo por el ingreso de grandes contingentes de inmigrantes de origen europeo, lo cual a su vez impulsó el desarrollo de las actividades económicas y la modernización. Durante el periodo estudiado ambas metrópolis rioplatenses fueron centros de recepción y difusión de las ideas positivistas y también escenario de un sostenido desarrollo

---

1 No se pretende por cierto aplicar aquí el método comparativo *strictu sensu*, tal como se lo conoce en las ciencias sociales, tanto por razones de espacio como sobre todo porque todavía no se puede recurrir a investigaciones de caso homologables y suficientes. Sólo en los últimos tiempos los historiadores de la salud de los distintos países latinoamericanos han comenzado a intercambiar resultados y realizar publicaciones conjuntas, entre las que cabe destacar los libros editados por Marcos Cueto (1996) y Diego Armus (2002). En ellos, sin embargo, no se incluyó ningún trabajo sobre Uruguay, a pesar de que el grado de medicalización de este país es muy probablemente el más alto de América Latina y de que existen investigaciones de muy alta calidad sobre la temática, tales como los tres volúmenes de José Pedro Barrán (1992; 1993; 1995).

de las instituciones sanitarias y de la difusión de hábitos y controles higiénicos.

### **1. La expansión de las instituciones sanitarias y el nuevo papel de los médicos**

En el Río de la Plata de mediados del siglo XIX, la situación de la higiene pública era una cuestión que preocupaba a las autoridades ya desde hacía tiempo. Hasta ese momento los médicos diplomados eran escasos en las ciudades y brillaban por su ausencia en la campaña. En ambas capitales, la terrible experiencia de la fiebre amarilla<sup>2</sup> provocó que sectores más amplios se hicieran cargo de la problemática e intentaran introducir, con mayor o menor eclecticismo, los avances y las novedades provenientes de Europa. Se puso así en marcha un proceso de modernización y educación sanitaria de múltiples dimensiones, entre las que hay que destacar la profesionalización de la medicina, el establecimiento de agencias administrativas específicas por parte del Estado nacional y municipal, y la constitución de un grupo diferenciado de profesionales higienistas que actuaban en el área de intersección entre el sector médico y las agencias estatales.

La profesionalización de la medicina se inició con la (re)organización de los estudios correspondientes. Luego de la caída de Rosas (1852) se reabrió en Buenos Aires la Escuela de Medicina, que poco después adquirió la jerarquía de una facultad. En Montevideo también se fundó una Facultad de Medicina en 1875, tomando como modelo los planes de las universidades europeas. A partir de entonces, los médicos diplomados en las universidades nacionales buscaron asegurarse una posición monopólica como especialistas acreditados del “arte de curar”, denunciando como ilegítimos a sus diversos competidores. Entre los blancos principales de los intentos de exclusión cabe mencionar, en primer término, a los médicos con diplomas obtenidos en el exterior que, de acuerdo con los nuevos reglamentos, podían ejercer la profesión en las ciudades del Río de Plata sólo después de haber rendido un examen de reválida en la Facultad de Medicina del lugar. En segundo término, la exclusión se aplicó a los diferentes adherentes de la medicina homeopática, entre los cuales había tanto mé-

---

2 Las grandes epidemias de fiebre amarilla se produjeron en 1857 en Montevideo y en 1870/71 en Buenos Aires (Berruti 1970; Buño 1983).

dicos diplomados como no diplomados, hecho que de por sí ponía en cuestión la estrategia de profesionalización encarada por los representantes de lo que estaba en vías de constituirse en la medicina oficial. Peor aún, los homeópatas gozaban de alta aceptación entre la población y no se cansaban de cuestionar públicamente los métodos de la medicina alopática en una época en la que logros curativos de esta última eran sumamente magros. En tercer término, se trataba de excluir a un amplio conjunto de practicantes del arte de curar que utilizaban métodos muy variados y hoy muy difíciles de reconstruir, los cuales fueron englobados en la categoría de “curanderos”, o más bien “curanderas”, ya que a diferencia de lo que ocurría en el sector de la medicina oficial, en este grupo la presencia femenina parece haber sido muy alta (González Leandri: 1999: 35-55; Barrán 1992: 29-62).

Pese a todos esto, no puede decirse que los esfuerzos de monopolización encarados por los profesionales médicos hayan sido completamente exitosos. Si bien tanto los testimonios médicos como las investigaciones existentes demuestran un fuerte avance del grupo de médicos profesionales sobre los otros sectores que practicaban el arte de curar, éstos no desaparecieron. Hubo incluso casos de homeópatas y curanderos que apelaron con éxito a diferentes instancias gubernamentales para conseguir el permiso de ejercer su oficio que le negaban las autoridades sanitarias y la Facultad de Medicina. Así, por ejemplo, el industrial Ramón Penadés, residente en Montevideo, pudo contar con el apoyo del presidente Cuestas y otras importantes personalidades que defendían su capacidad de curar enfermedades de diversa índole sólo a través de un ligero contacto de sus manos sobre los miembros afectados del paciente. En este caso, el Gobierno terminó emitiendo un decreto en el que se declaraba que Penadés no atacaba ningún principio científico pero que si quería abrir un consultorio debía colocarlo bajo la inmediata asistencia de un médico diplomado (Acevedo 1934, V: 246-247).

Por lo que hace a la expansión de las instituciones sanitarias, cabe mencionar que en 1895 se creó en Montevideo el Consejo Nacional de Higiene, en el cual se unificaron el antiguo Consejo de Higiene Pública y la Junta de Sanidad, organismos en los que había sido preponderante el rol de funcionarios no médicos, sobre todo el del capitán del puerto de Montevideo. El nuevo consejo estaba conformado en cambio por siete miembros titulares, que debían ser doctores en medicina

y cirugía, y dieciséis miembros honorarios, que podían opinar pero no votar a menos que los titulares médicos lo solicitaran (Barrán 1992: 89-92).

En Argentina se había creado el Departamento Nacional de Higiene en 1880 y en 1883, la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires, la cual tomó a su cargo organizar servicios de asistencia médica domiciliaria, asistencia hospitalaria y en asilos, asistencia en los consultorios de su casa central y la asistencia de enfermos. Si bien en los cargos directivos de estas entidades hubo cambios muy frecuentes, siempre estuvieron conducidas por médicos.<sup>3</sup>

Fue precisamente en el ámbito de estas instituciones donde desarrolló su actividad el nuevo cuerpo de funcionarios médicos, quienes elaboraron un programa de intervención y reforma del mundo urbano. Las medidas impuestas fueron variando a la par que variaba la percepción de los problemas considerados más acuciantes. Al comienzo del periodo, a partir del *shock* producido por la epidemia de fiebre amarilla que azotó a ambos puertos rioplatenses se trató en primer término de asegurar la “defensa sanitaria” contra las epidemias provenientes del exterior, una amenaza que en las ciudades-puerto se presentaba como extremadamente peligrosa. Algo más adelante, los esfuerzos de los responsables de la higiene pública se concentraron en la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas. Hacia fines de 1920 las autoridades porteñas podían jactarse del notorio descenso de la tasa de mortalidad de la ciudad, que de 31,3 por mil promedio en el periodo de 1861 a 1875 se había reducido a 15,2 entre 1907 y 1917. En Montevideo, la tasa de mortalidad había descendido por debajo de ese valor ya en la década de 1890. El factor de más impacto en la reducción de la mortalidad fue la notable disminución de las muertes por viruela, difteria y fiebre tifoidea.<sup>4</sup>

Una vez controlada la amenaza de las grandes epidemias, la atención se fue concentrando cada vez más en las llamadas “enfermedades

3 Sobre la creación de la Asistencia Pública y la designación de sus directores, véase Coni (1918: 300-313).

4 Véanse Acevedo (1934: V, 30) y Coni (1920: 15). En realidad, la tasa promedio de Buenos Aires correspondiente al periodo de 1861 a 1875 había sido de 38,9%. El valor consignado arriba resulta de eliminar los datos correspondientes al año 1871 cuando se produjo la epidemia de fiebre amarilla, por considerar que la misma había representado una variación extrema que desvirtuaba la tendencia general.

sociales”, sobre todo la tuberculosis y la sífilis, ante las cuales la ciencia médica de la época no tenía ninguna cura eficaz que ofrecer. Lejos de confesar tal impotencia, los funcionarios médicos orientaron su discurso y sus acciones a fomentar la profilaxis, apelando muchas veces a mecanismos que poco tenían que ver con el arte de curar: su atención se concentró sobre todo en el control de los pacientes, tratando de lograr por esa vía que éstos sometieran sus conductas cotidianas al estricto cumplimiento del más moderno código higiénico.

En su retrospectiva sobre *La higiene pública en Francia y Argentina* publicada en 1920, Emilio Coni se quejaba amargamente de que si bien desde 1887 existía una ordenanza municipal que prescribía la declaración obligatoria por parte de los médicos y de las familias de las enfermedades infecto-contagiosas, la misma era “letra muerta para la inmensa mayoría del cuerpo médico” (Coni 1920: 8). A ello se agregaba que la administración sanitaria no contaba con los recursos y aparatos necesarios para llevar a cabo de manera eficiente la profilaxis de tales males, la cual por entonces se reducía básicamente al aislamiento de los enfermos para evitar el contagio y a la inculcación de hábitos de higiene entre la población.

A ojos de Coni, conocido como el “decano de los higienistas argentinos”, la administración sanitaria de su país adolecía de problemas aún más serios. Uno era la ausencia de personal especializado, como consecuencia de la cual los cargos del Departamento Nacional de Higiene y de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires tenían que ser ocupados por “simples” médicos en contra de las prescripciones expresas de la ordenanza de 1892, que fijaban como requisito que los designados se hubieran distinguido en estudios de higiene pública (Coni 1920: 10). Otro gran problema que obstaculizaba el desarrollo efectivo de la administración sanitaria era que en el procedimiento de adjudicación de puestos para prestar servicio en sus dependencias muy poco o nada intervenían la competencia y los antecedentes, y mucho importaban en cambio las influencias políticas, especialmente el apoyo directo del presidente de la República o del intendente municipal cuando se trataba de cargos de alta jerarquía.<sup>5</sup>

---

5 “La Asistencia Pública [...] cuenta casi con tantos directores como años de existencia, a la inversa de la de París, cuyos directores se perpetúan en sus puestos hasta su fallecimiento o invalidez”, observaba con envidia Coni (1918: xix).

Contra estas prácticas, Coni proponía, entre otras cosas, la unificación y centralización de las autoridades sanitarias no ya en un Departamento Nacional sino en un Ministerio de Higiene Pública, Asistencia y Previsión Social, cuyos recursos podrían obtenerse cercenando “los frondosos presupuestos de guerra y marina” (*ibid.*: 16), ideas que difícilmente encontrarían eco en los más altos representantes del Estado argentino. Coni llegaba incluso a afirmar que los preceptos de los higienistas debían imponerse por cualquier medio: “[...] para que [el saneamiento y la higienización] alcancen resultados satisfactorios es menester crear una especie de dictadura higiénica, que si bien puede parecer dura en momento dado, es al fin apreciada por el pueblo en su justo valor” (*ibid.*: 13).

Pero no sólo se trataba de crear esferas de poder para los profesionales y funcionarios médicos, sino muy especialmente de debilitar y desarticular otros poderes existentes. Uno de los principales blancos de crítica de los nuevos especialistas sanitarios argentinos eran los “arcaicos” consejos de higiene que, convocados por las autoridades locales, se conformaban en casos de emergencias epidémicas con la participación de “algunos médicos favoritos de la situación política imperante” (Coni 1920: 23).

También en el Montevideo de las dos últimas décadas del siglo XIX, diversos estudiantes que años más tarde se convertirían en médicos de gran prestigio y desempeñarían importantes cargos públicos en el área de la salud pública, habían reclamado en sus tesis que la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública debía someterse a los dictados profesionales y estar presidida por un médico con conocimientos científicos y experiencias hospitalarias.<sup>6</sup> Tal Comisión, constituida generalmente por legos interesados en practicar la beneficencia, tenía a su cargo la administración de los asilos y hospitales de la ciudad, aunque en la práctica había delegado aspectos esenciales de sus tareas a las Hermanas de la Caridad. En 1905 los “librepensadores” lograron mayoría en la Comisión de Caridad y encabezados por el médico José Scoseria llevaron a término el proceso de transformación: entonces se suprimieron las prácticas religiosas y los crucifijos en las salas de los hospitales. En 1910 la Asistencia Pública Nacional se hizo cargo de la

---

6 Expresiones en ese sentido se encuentran, por ejemplo, en las tesis de José Repetto y Emeterio Camejo, presentadas ambas en 1892.

administración de todos los hospitales públicos del país, los cuales fueron colocados definitivamente bajo la dirección de profesionales médicos. De acuerdo con la nueva ley, todo individuo privado de recursos tenía derecho a asistencia gratuita por cuenta del Estado (Acevedo 1934, V: 523; Barrán 1992: 92-98).

## **2. Las relaciones de género en los conflictos de poder por el control de la atención sanitaria**

Los cambios en el régimen administrativo de los hospitales montevideanos, es decir su sometimiento a la autoridad de profesionales médicos varones, tuvieron importantes consecuencias para el trabajo de las Hermanas de Caridad. En la etapa anterior, éstas habían conducido esos establecimientos siguiendo una concepción de la atención a los enfermos que era escasamente compatible con el positivismo reinante en las cátedras universitarias: no permitían la exposición de los enfermos con finalidades docentes, impedían el ingreso de los practicantes a las salas femeninas y se negaban a entregar los cadáveres de los indigentes para que fueran utilizados en las clases de la Facultad de Medicina. Luego de los cambios, ellas siguieron trabajando en algunos hospitales pero sus atribuciones quedaron limitadas a la vigilancia de los alimentos y las ropas de los enfermos.

En Buenos Aires, en cambio, algunas de las mujeres involucradas hasta entonces en la atención sanitaria demostraron tener mayor capacidad para resistir el embate de los funcionarios médicos. Los esfuerzos de Coni por lograr la concentración de las cuestiones higiénico-sanitarias en manos de los “profesionales idóneos” chocaron contra “una fortaleza inexpugnable, donde se han atrincherado una rutina secular e influencias tan poderosas que solamente una mano de hierro podrá quebrantar” (Coni 1920: 16). Con tales palabras se refería Coni a la Sociedad de Beneficencia, una institución difícil de clasificar, que había sido creada en 1823 por decreto del gobernador de la Provincia de Buenos Aires con el objetivo explícito de encomendarle las tareas sustraídas a las órdenes religiosas a raíz de la reforma eclesiástica.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Durante toda su existencia, que se prolongó hasta 1947, la Sociedad de Beneficencia estuvo integrada exclusivamente por mujeres provenientes de la élite porteña. Sobre la historia y la organización de esta institución, véase Little (1980).



De acuerdo con el relato de Coni, el proyecto de centralización de los hospitales y hospicios de la comuna que él mismo había presentado en 1892 cuando se desempeñaba como director de la Asistencia Pública, fue rechazado tajantemente por el propio presidente Carlos Pellegrini con el argumento de que “no ha nacido aún el hombre público en este país que se atreva a retirarle a dicha asociación la dirección de los nosocomios a su cargo, so pena de levantar ante sí una enorme montaña de resistencias y malas voluntades” (Coni 1918: 311-312). Años más tarde, otro intento similar del doctor José Penna corrió la misma suerte. Los funcionarios de higiene pública consideraban que tales resistencias eran absolutamente injustificadas, pues la idea de confiar establecimientos técnicos a la dirección de señoras “por más merecimientos que puedan tener en su favor” les parecía absurda a todas luces (Coni 1920: 16).

Pero lo cierto es que en 1909 los asilos y hospitales regentados por la Sociedad de Beneficencia sumaban 2.742 camas, una cifra similar al número controlado por los organismos municipales (Veronelli 1975: 33-41). Más aún, la Sociedad fue capaz de obtener en numerosas oportunidades subsidios especiales del poder ejecutivo nacional, así como de resistir a todos los intentos de la Facultad de Medicina por apropiarse de la Sala de Obstetricia primero y luego de todo el Hospital Rivadavia para sus prácticas y cursos.<sup>8</sup> Las socias también supieron elaborar un discurso de género funcional a la salvaguarda de sus intereses, ofreciendo voluntariamente su labor administrativa como la mejor garantía de que los dineros de la Nación serían prudentemente aplicados a su “piadoso destino”, en momentos en que la construcción de los nuevos hospitales municipales a cargo de la Asistencia Pública consumían fondos importantes (Mead 2000).

Pero también en la Argentina la mayor parte de las mujeres involucradas en el sistema sanitario estaban en una posición de subordinación. La profesionalización de la enfermería avanzó paralelamente a su feminización (Wainerman/Binstock 1992). En momentos en que los médicos profesionales lograban sobreponer su influencia y autoridad a todas las otras profesiones vinculadas al arte de curar —y con ellas a los saberes femeninos tradicionales—, la presencia de las mujeres en las aulas universitarias era ínfima. A pesar de que Cecilia Grier-

---

8 AGNA, Sociedad de Beneficencia, leg. 160: Hospital Rivadavia, exp. 8918.

son, la primera médica graduada en la Argentina, obtuvo su título en fecha tan temprana como 1889, todavía en 1935 apenas el 1% de los profesionales médicos en ejercicio eran mujeres (Kohn Loncarica 1997). De acuerdo con los testimonios disponibles, el camino de la primera médica uruguaya, graduada en 1908, no fue precisamente fácil: “cuando Paulina Luisi estudió medicina [...] toda la sociedad estuvo en su contra”.<sup>9</sup>

Cuando se trata de analizar las implicaciones de género en las relaciones de poder entabladas en torno a la salud pública, el caso más notorio es el de las medidas adoptadas para la profilaxis de la sífilis, una enfermedad considerada entonces por los médicos y las autoridades como uno de los mayores flagelos. Entre ellas se destacaba la obligatoriedad del control médico semanal de las prostitutas y la creación de sifilicomios y dispensarios, que actuaban en estrecha cooperación con la policía. Por medio del sistema de la prostitución reglamentada, las autoridades sanitarias de Buenos Aires y Montevideo se proponían controlar a las prostitutas activas –consideradas como foco infeccioso por excelencia– restringiendo su libertad de movimientos al obligarlas a recluirse en los burdeles.<sup>10</sup> El objetivo de los controles sanitarios no era evitar que enfermasen las mujeres ni curarlas, sino retirar a las contagiadas de circulación recluyéndolas forzosamente en hospitales especiales, en tanto que nada se hacía por controlar a los hombres que infectaban tanto a las prostitutas como a las “mujeres decentes”. Tal sistema fue denunciado sobre todo por las primeras médicas mujeres, que –lejos de considerarlo eficiente– veían en él un intento de legitimación de la doble moral y la trata de blancas, y ponían en evidencia hasta qué punto atentaba contra la dignidad humana, pues el cuerpo de las mujeres controladas era tratado como un objeto:

---

9 Testimonio de Amalia Polleri, citado en Sapriza (1988: 87). El resto del testimonio es aún más elocuente: “[...] toda la sociedad estuvo en su contra, ¡cómo esa mujer, se mete ahí en la Facultad de medicina con hombres a ver cuerpos desnudos, a tocar enfermos, a auscultar, a palpar, cómo esa mujer se mete en esas cosas con compañeros hombres, qué vergüenza! qué van a pensar de ella y de la familia, que es una loca ... todos los días encontraba un miembro masculino cortado en la túnica [...]” (*ibid.*).

10 Sobre la reglamentación de la prostitución en Buenos Aires, véanse Guy (1995: 77-104) y sobre Montevideo, Trochon (1997).

La obligación de Inspección Médica de la Prostitución es revisar periódicamente a estas desgraciadas para que puedan ofrecer al hombre un utensilio en condiciones de supuesta limpieza con el fin de que, al evacuar sobre estos receptáculos vivientes sus deposiciones, no se contamine con las suciedades que les dejaron los que pasaron antes con el mismo objeto. En una palabra, su rol es vigilar que estén siempre aparentemente limpios los retretes que utilizan los otros hombres (Luisi 1948: 298).<sup>11</sup>

En general, la presión del sistema sanitario sobre las mujeres parece haber sido mucho mayor que sobre los hombres,<sup>12</sup> lo cual no significa que la salud de los varones no fuera de interés para las autoridades. Por el contrario, era para preservar la salud de sus ciudadanos y la fuerza de trabajo –dos categorías pensadas entonces en masculino– que las instituciones sanitarias, con el apoyo entusiasta de las organizaciones caritativas, intervenían en forma masiva sobre el cuerpo de las mujeres.

### 3. Enfermedad, pobreza y control sobre los cuerpos

El programa de intervención elaborado por los higienistas tuvo, en general, buena acogida entre grupos políticos de muy diverso signo ideológico, aunque no necesariamente en todos sus detalles. Según las fuentes de la época, prácticamente todas las investigaciones referidas al periodo que nos ocupa, incluidas las más modernas, coinciden en considerar, en forma implícita o explícita, los temas de salud pública y su contracara –las epidemias y sobre todo las enfermedades endémicas– como parte de un problema más amplio que entonces se designaba como “la cuestión social”.<sup>13</sup> Ya los primeros escritos de los higienistas establecían la correlación –cuando no la identidad– entre enfermedad y pobreza, y llamaban la atención sobre la peligrosidad que en su opinión encerraban las condiciones de vida de los sectores populares para el resto de la sociedad en términos muy explícitos:

---

11 Estas expresiones de Paulina Luisi, que fue quien desarrolló la actuación más sobresaliente en ese sentido y actuó como experta en diversos foros internacionales, corresponden a la última fase de su carrera, “después de cuarenta años de lucha”. Véanse al respecto Sapriza (1988: 88-107) y Scarzanella (2001).

12 Es posible, sin embargo, que esta afirmación no sea del todo correcta, pues existía por lo menos una institución que realizaba controles sanitarios exclusivamente sobre los cuerpos masculinos: el Ejército. Lamentablemente no existen todavía estudios sobre esta cuestión.

13 Véanse por ejemplo Morás (2000) y Suriano (2000).

De aquellas fétidas pocilgas, cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades, salen esas emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidos por ella tal vez hasta los lujosos palacios de los ricos (Rawson 1891: 108).

Como ha señalado José Pablo Barrán, el sometimiento de los pobres a las normas de higiene buscaba su curación, pero también aportaba otros beneficios, pues servía para preservar la salud del resto de la sociedad disminuyendo el peligro de contagio, a la vez que imponía normas de conducta consideradas indiscutibles: “La imposición de la higiene fue una forma de control social, tanto más eficaz cuanto más difícil de resistir por inadvertida” (Barrán 1993: 102-103).

En esa tarea de higienización intervenían los médicos, las asociaciones caritativas, la policía y los diferentes servicios sanitarios,<sup>14</sup> organizaciones paramédicas como las ligas de acción contra determinadas enfermedades y las instituciones educativas. Con el peso de la ley se impuso la vacunación obligatoria, el aislamiento de los enfermos y las desinfecciones forzadas. El sistema educativo fue desde el comienzo un aliado muy eficaz en la cruzada por la higiene, a tal punto que cuando en 1894 se detectó una epidemia de escarlatina en Montevideo, el Consejo de Higiene intervino para que las autoridades escolares revisaran su decisión de clausurar las escuelas, argumentando que los edificios debían ser desinfectados y los niños provenientes de hogares con enfermos excluidos de las clases, pero que las escuelas debían permanecer abiertas porque eso obligaría a las madres de familia a lavar y poner ropa limpia a sus hijos con más frecuencia de lo que lo harían si los niños se quedasen en sus casas (Acevedo 1934, V: 105). También en Argentina, el Consejo Nacional de Educación organizó en 1886 el Cuerpo Médico Escolar y, ante la posibilidad de un brote de cólera, se aprobó un plan de seguimiento de los niños y de control de la salud familiar en cooperación con la Asistencia Pública, aunque durante su aplicación hubo conflictos de poderes entre las dos administraciones con respecto a la aplicación de vacunas (Bertoni 2001: 51-56).

---

14 Resulta sintomático, por ejemplo, que el primer objetivo mencionado en el *Reglamento provisorio para el servicio de sanidad del Ejército y la Armada*, aprobado en 1919, fuera “aplicar los principios de higiene para tutelar la salud del Ejército y la Armada [...]”, en tanto que la asistencia médica a los enfermos o heridos aparecía en segundo lugar.

La escasez de éxitos terapéuticos en torno a las “enfermedades sociales” combinada con las recurrentes campañas de profilaxis no hacía sino alimentar el miedo al contagio. Las clases altas y algunos médicos conservadores interpretaban la difusión de las enfermedades como consecuencia de los “vicios” populares, culpabilizando a las clases subordinadas. Los liberales reformadores y los socialistas, por su parte, encontraban las causas en las condiciones de vida y la ignorancia de los sectores populares.<sup>15</sup> Ambos grupos colocaron en el foco de su atención a los niños y, por extensión, a sus madres, a quienes se consideraba necesario educar para que pudieran cumplir su tarea “natural” de acuerdo con los principios de la ciencia. Con ese objetivo se publicaron numerosos manuales de puericultura y se impartieron clases en las escuelas para niñas y señoritas, así como en una multitud de centros culturales.<sup>16</sup>

El desarrollo y la diferenciación de las instituciones sanitarias permitió una mayor interferencia en el ámbito de la reproducción. En Buenos Aires, de acuerdo con la ley, las parteras formaban parte del sistema público de atención sanitaria y se esperaba de ellas que actuaran como una verdadera policía ginecológica, informando a la Asistencia Pública sobre todos los casos que trataran, incluyendo los nacimientos, los abortos y el estado y destino de todos los niños a su cuidado.<sup>17</sup> La campaña principal fue en pro de la lactancia natural, considerada ahora como una obligación de la madre y como un derecho del niño. Para preservar la salud de los lactantes se creó también un servicio de inspección de nodrizas. Su función era certificar el buen estado de salud de las candidatas a emplearse y, a la vez, vigilar el desarrollo de sus hijos, ya que para trabajar como nodrizas, las mujeres debían ir a vivir a la casa de los patrones y dejar su propia criatura en manos de otra mujer. La legislación sancionada en 1910 por el Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires establecía todos los controles clásicos con respecto al ama, pero no incluía algunas de las

---

15 “La habitación, el vestido, el agua, los alimentos, los hábitos, las costumbres, todo es irregular, todo es erróneo y todo supone una ignorancia profunda”, decía Francisco Soca (1972: 216), refiriéndose a la vida en la campaña uruguaya.

16 Véanse por ejemplo Agote (1901) y Aráoz Alfaro (1922) en Buenos Aires, y Bergalli (1892) y Lamas (1911) en Montevideo.

17 Sobre el rol de las parteras en la previsión y punición del infanticidio y el aborto, véase Ruggiero (1992: 368-371).

restricciones que había querido imponer el autor del proyecto, el doctor Etchegaray, en el sentido de que no pudiera emplearse como ama a ninguna mujer cuyo hijo fuera menor de tres meses. La ley tampoco prescribía la revisión médica del niño a criar, de modo que no se establecía ningún resguardo para evitar que las nodrizas pudieran ser contagiadas por un lactante enfermo. Las reglamentaciones uruguayas eran similares.<sup>18</sup>

Tanto las prácticas benéficas de las asociaciones caritativas como los controles a cargo de la Asistencia Pública incluían la inspección de los hogares pobres, tarea que fue quedando en manos de las visitadoras. Su presencia, y con ésta la de los preceptos a cuyo cumplimiento se condicionaba la ayuda, llegaba hasta la intimidad de las familias. En la década de 1920 se inició en la Universidad de Buenos Aires la formación de un cuerpo especializado de visitadoras de higiene. Poco después, los cuerpos de ese tipo pasaron a formar parte de los servicios hospitalarios. La misión de las visitadoras era acercarse a las esposas de los trabajadores e influir en el comportamiento y las costumbres de toda la familia. De ese modo, las tareas de control, disciplinamiento y moralización de los sectores populares fueron pasando paulatinamente de manos de las sociedades de beneficencia a los hospitales (Ciafardo 1990: 167-201).

También en Montevideo la policía sanitaria y moral actuaban conjuntamente. La Liga Uruguaya de Lucha contra la Tuberculosis, por ejemplo, condicionaba sus subsidios al estricto cumplimiento de los preceptos higiénicos y los hábitos considerados morales. Las damas y los inspectores de dicha institución controlaban los hogares de los enfermos a los que se proporcionaba ayuda. Y hacia 1930 los enfermeros visitadores se hacían presentes en las habitaciones de las personas afectadas por enfermedades infecto-contagiosas, con el fin de inducir a éstas y a sus familias a cumplir las prescripciones médicas, dar consejos sobre profilaxia y observar la posición económica y social de los enfermos (Barrán 1993: 104-116).

En Buenos Aires, la Sociedad Luz, una institución creada por los socialistas para la difusión del conocimiento entre las clases populares

---

18 Una evaluación de la normativa vigente en la primera década del siglo XX en Argentina se encuentra en Zauchinger (1910). Sobre Uruguay, véase Barrán (1993: 153-154).

se constituyó en uno de los principales centros de difusión de los “saberes” relacionados con la profilaxis. A partir de 1905 el médico Ángel M. Giménez se encargó de coordinar un programa de cursos y conferencias de “medicina social”, dedicados a tratar diversos tópicos sanitarios vinculados con la salud de los obreros, la profilaxis de las enfermedades infecciosas, la sexualidad y el alcoholismo. También se distribuyeron miles de cartillas informativas y se produjeron series de publicaciones especiales. En ellas se aconsejaba a los hombres que tomaran distancia de las prostitutas y no malgastaran sus energías físicas en amoríos ni ejercicios onanistas. Quienes los hicieran –así se advertía– se verían amenazados por las enfermedades venéreas (Barrancos 1996: 41-43, 181-200).

Igualmente enconada fue la lucha contra el alcoholismo, que era visto como la causa de la degradación de la disciplina del trabajo, la criminalidad, la destrucción de la familias, e incluso como una amenaza para la especie. Socialistas y anarquistas coincidían en considerar el hábito de la bebida como el principal obstáculo que impedía a los trabajadores tomar conciencia de su situación y decidirse por la lucha política (Barrancos 1996: 201-207).

Hacia 1920, la preocupación por las “enfermedades sociales” –la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo– llegaba a su clímax. Tuberculosis y sífilis, males que entonces no tenían cura, eran justamente percibidos en ese sentido como una amenaza. Independientemente de esto, los temores al respecto eran celosamente azuzados por sanitaristas y reformadores. Lo mismo puede decirse con respecto del alcoholismo. No es casualidad que las tres dolencias fueran asociadas frecuentemente con el vicio de la incontinencia. La tríada de enfermedades sociales constituía así una superficie de proyección de los valores que ciertos grupos sociales pugnaban por imponer como hegemónicos.

Fuertemente combatidas fueron muchas costumbres ampliamente arraigadas: los chupetes de los niños, los besos en la boca y la “práctica infame” de tomar mate en rueda, que en 1912 llegó a ser en Montevideo tema de una sesión de la Cámara de Representantes, ante la cual el doctor Soca expuso sus preocupaciones:

El mate en rueda, el mate que va de mano en mano, de boca en boca, que pasa de labios cancerosos, pustulosos, tuberculosos o sifilíticos a labios virginales, que como pone en camino las voluntades en una amable plática social, pone en común las enfermedades más asquerosas, más terri-

bles, más mortíferas, llegando a constituir un mal social contra el cual deben levantarse, con última energía, todas las almas honradas (Soca 1972: 217).

Dos años antes, el primer Congreso Femenino Internacional, organizado por un grupo de mujeres profesionales y reunido en Buenos Aires en mayo de 1910, hacía “votos para que se haga propaganda en la escuela y en los hogares para dar á conocer los peligros del beso y del mate” y también para que “se suprima el beso en las saluciones” (Asociación “Universitarias Argentinas” 1910: 20). Lo que se condenaba en última instancia era el contacto corporal, reinterpretado como “promiscuidad”, y con él numerosas formas de sociabilidad.

#### **4. Salud, poder y orden político**

Retomando las reflexiones de Michel Foucault que se mencionaron al comienzo, puede decirse que en la medicalización de las ciudades del Plata pueden rastrearse elementos de las tres variantes de la medicina social: tanto de la medicina de Estado, como de la medicina socio-urbana y de la medicina de la fuerza laboral.

Sería, sin embargo, erróneo creer que la higienización y la medicalización se impusieron exclusivamente desde arriba y contra los intereses o la voluntad de la mayoría de la población. Sin medios suficientes para acceder a la atención privada, pero con recursos mayores como para no tener que conformarse necesariamente con la atención pública para indigentes, los trabajadores y la naciente clase media se autoorganizaron en sociedades de socorros mutuos para alcanzar por ese medio los beneficios de la atención médica moderna. Lo hicieron con tanto éxito que en 1913 fue presentado en Montevideo un proyecto de reglamentación de dichas asociaciones, que entre otras cosas tenía por objetivo evitar que los médicos fueran explotados, pues los honorarios que percibían por atender a los socios de las mutualidades eran muchos menores que los que pagaban los pacientes privados. Dado que varias sociedades contaban con un gran número de afiliados, estaban en condiciones de negociar contratos generales, lo cual reducía notoriamente el costo promedio por paciente.<sup>19</sup>

---

19 De acuerdo con los datos aportados por Kruse (1995: 37), antes de 1910 se fundaron en Montevideo por lo menos 96 mutualistas. La mayor de ellas, la Asocia-



También hubo distintos intentos de organizar de manera homogénea la administración de los servicios médicos, imponiendo por ejemplo un seguro de salud obligatorio. Estos proyectos<sup>20</sup> tenían carácter nacional, pues el tema de la salud excedía ya con creces el ámbito urbano de las ciudades capitales. El tema había salido de la incumbencia exclusiva de los órganos administrativos conducidos por médicos magistrados para transformarse en una disputa social por la adjudicación del derecho a la salud y por la distribución de sus costos.

Seguramente no fue casualidad la fuerte identificación de varios de los más prominentes impulsores de la higienización y la medicalización con el progresismo en materia política: en Uruguay, muchos de ellos eran batllistas, en tanto que en Argentina tuvieron una actuación muy destacada los médicos socialistas. La mayoría de ellos bregaron por la mejora de la vivienda de los sectores populares, la reglamentación del trabajo, la protección especial para las mujeres obreras, la lucha contra la prostitución y la mejora general de las condiciones de vida, pues como expresaba el médico uruguayo Félix Vitale en un claro llamado a la acción política:

El problema de la tuberculosis es un problema económico, a cuya solución todos deben contribuir. Nuestra *patología social* merece un estudio más profundo que el estudio de los besos y del vicio que tienen los niños en las escuelas, de chuparse los dedos. La educación de las masas es un problema que nos incumbe, pero hay que darse cuenta de lo que se entiende por educación. Educar hombres que están condenados a la miseria [...] puede ser tiempo perdido (citado en Barrán 1999: 22; el destacado es mío).

Planteada en estos términos, la cuestión recibiría respuestas diferentes en ambos países. Mientras que en el Uruguay conducido por José Batlle y Ordóñez se sancionó un conjunto de leyes sociales que reconocían los derechos de los trabajadores y reglamentaban la jornada de trabajo y el régimen de pensiones, en Argentina fracasaron diversos intentos en ese sentido, lográndose acuerdo sólo respecto de la necesidad de establecer una protección especial para las mujeres y los niños empleados como trabajadores industriales. De ese modo, grandes segmentos de la “cuestión social” siguieron por varias décadas a cargo

---

ción Fraternidad, contaba en 1912 con más de 18.000 socios (Acevedo 1934, V: 678).

20 Véase Kruse (1995: 61-67). En el caso argentino, el proyecto de mayor envergadura fue el de Augusto Bunge (1917).

de las instituciones caritativas. Eso era funcional a un orden “liberal”, cuyos conductores eran plenamente conscientes de los graves problemas sociales por los que transitaba el país, pero no por eso menos renuentes a encarar su solución desde el Estado.

De todas maneras, el miedo a la posible extensión de las enfermedades reales y/o atribuidas a los sectores populares fue lo que abrió el camino al desarrollo de la medicina preventiva tanto en Montevideo como Buenos Aires y predispuso a muchos a dar su consentimiento a la intervención estatal en materia de salud. A ello se agregó poco después el miedo por la degeneración de la especie, que dio motivo a exposiciones e intervenciones eugenistas, algunas de las cuales eran difícilmente compatibles con el progresismo político.

La imagen del cuerpo como una fortaleza asediada por enfermedades que estaban fuera de él correspondía con ciertas representaciones difundidas del orden social, como la de la sociedad burguesa amenazada por agitadores e ideologías disolventes. Ese orden mental no podía concebir que la sociedad establecida hubiera generado a su enemigo dentro de sí misma. La imposición en ambas orillas del Plata de restricciones sanitarias a la inmigración a partir de la década de 1930 fue sólo uno de los corolarios de esta percepción.

Otras consecuencias de la analogía establecida entre el cuerpo enfermo y el orden social fueron menos evidentes, pero quizás más profundas. Poco después del golpe de Estado de Gabriel Terra en Uruguay, el nuevo presidente del Consejo de Salud Pública declaró en un discurso transmitido por radio a la población que “el primer deber de una democracia moderna es consagrar y hacer efectivo el derecho a la salud [...]” (Blanco Acevedo 1933: 7). Durante esa misma administración, el Ministerio de Salud Pública, es decir una rama del poder ejecutivo, obtuvo la facultad de organizar y dirigir los servicios de Asistencia e Higiene y de adoptar “todas la medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva”, inclusive “determinar [...] por intermedio de sus Oficinas Técnicas, el aislamiento y detención de las personas que por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo”.<sup>21</sup> Varias décadas más tarde, entre los elementos constitutivos de la ideología de la dictadura militar que gobernó la Argen-

---

21 República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud Pública: *Ley Orgánica de Salud Pública*. Montevideo, 1934, art. 1 y 3.

tina entre 1976 y 1983 reaparecieron la obsesión por la difusión de males incontrolables y la necesidad de enfrentarlos por medio de acciones sanitarias. La “metáfora de la sociedad enferma” (Delich 1986: 29-53) fue utilizada entonces para justificar el terrorismo de Estado. Pero ésta es otra historia que no puede ser desarrollada aquí.

### Bibliografía

- Acevedo, Eduardo (1934): *Anales Históricos del Uruguay*. 5 vols., Montevideo: Barreiro y Ramos.
- Acha, Omar/Halperin, Paula (eds.) (2000): *Cuerpos, géneros e identidades. Estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Agote, Luis (1901): *La salud de mi hijo*. Buenos Aires: Félix Lajoune.
- Aráoz Alfaro, Gregorio (1922): *El libro de las madres. Manual práctico de higiene del niño con indicaciones sobre el embarazo, parto y tratamiento de los accidentes*. Buenos Aires: Cabaut.
- Armus, Diego (2002) (ed.): *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma.
- Asociación “Universitaria Argentinas” (1910): *Primer Congreso Femenino Internacional de la República Argentina, 18-23 de Mayo de 1910. Votos del Congreso*. Buenos Aires: Imp. Fallica y Escoffier.
- Barrán, José Pedro (1992): *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, t. 1: *El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1993): *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, t. 2: *La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1995): *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, t. 3: *La invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1999): “Biología, medicina y eugenesia en Uruguay”. En: *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 51/, pp. 11-50.
- Barrán, José Pedro/Caetano, Gerardo/Porzecanski, Teresa (eds.) (1997): *Historia de la vida privada en el Uruguay*, vol. 3: *Individuo y soledades, 1920-1990*. Montevideo: Taurus.
- Barrancos, Dora (1996): *La escena iluminada. Ciencias para trabajadores (1890-1930)*. Buenos Aires: Plus Ultra.
- Bergalli, Luis (1892): *Maternidad. Consejos a las madres y jóvenes esposas*. Montevideo: La Hormiga.
- Berruti, Rafael (1970): “La epidemia de fiebre amarilla de 1870”. En: *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 48/2, pp. 663-683.
- Bertoni, Lilia Ana (2001): *Patriotas, cosmopolitas y nacionalistas. La construcción de la nacionalidad argentina a fines del siglo XIX*. Buenos Aires: FCE de Argentina.

- Blanco Acevedo, E. (1933): *Hechos y doctrinas sobre salud pública. Conferencia radiotelefónica pronunciada por el Presidente del Consejo de Salud Pública el 12 de julio de 1933*. Montevideo: Impresora Moderna.
- Bunge, Augusto (1917): *Proyecto de Código de Seguro Nacional con exposición de motivos y proyecto de ley básica presentado a la H. Cámara de Diputados en la sesión N.º 70 de 21 Setiembre de 1917*. Buenos Aires: L. J. Rosso
- Buño, Washington (1983): *Una crónica del Montevideo de 1857. La epidemia de fiebre amarilla*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Camejo, Emeterio (1892): *Profilaxia de la tuberculosis. Tesis presentada para optar al título de Doctor en Medicina y Cirujía*. Montevideo: sin ed.
- Ciafardo, Eduardo (1990): *Caridad y control social. Las sociedades de beneficencia en la ciudad de Buenos Aires, 1880-1930*. Buenos Aires: Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Coni, Emilio (1918): *Memorias de un médico higienista. Contribución a la historia de la higiene pública y social argentina (1867-1917)*. Buenos Aires: A. Flaiban.
- (1920): *La higiene pública en Francia y Argentina*. Buenos Aires: Coni.
- Cueto, Marcos (ed.) (1996): *Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud.
- Delich, Francisco (1986): *Metáforas de la sociedad argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Foucault, Michel (1992): "Historia de la medicalización". En: Foucault (ed.): *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires/Montevideo: Altamira/Nordan-Comunidad, pp. 121-152.
- González Leandri, Ricardo (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: CSIC.
- Guy, Donna (1995): *Sex and Danger in Buenos Aires. Prostitution, Family, and Nation in Argentina*. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
- Kohn Loncarica, Alfredo (1997): "Las primeras médicas argentinas (1889-1929)". En: *Desmemoria. Revista de historia*, 4/13-14, pp. 151-157.
- Kruse, Herman (1995): *Los orígenes del mutualismo uruguayo*. Montevideo: Ediciones Populares para América Latina.
- Lamas, Alejandro (1911): *Maternología*. Montevideo: Barreiro y Ramos.
- Little, Cynthia Jeffress (1980): *The Society of Beneficence in Buenos Aires, 1823-1900*. Philadelphia: Temple University (Phil. Dissertation).
- Luisi, Paulina (1948): *Otra voz clamando en el desierto (Proxenetismo y reglamentación)*. Montevideo: sin ed.
- Mead, Karen (2000): "'La mujer argentina' y la política de ricos y pobres al fin del siglo XIX". En: Acha/Halperin (eds.), pp. 29-59.
- Morás, Luis Eduardo (2000): *De la tierra purpúrea al laboratorio social. Reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

- Potthast, Barbara/Scarzanella, Eugenia (eds.) (2001): *Mujeres y naciones en América Latina. Problemas de inclusión y exclusión*. Madrid/Frankfurt a.M.: Iberoamericana/Vervuert
- Rawson, Guillermo (1891): "Estudio sobre las casas de inquilinato de Buenos Aires". En: *Escritos y discursos del Doctor Guillermo Rawson*, coleccionados y publicados por Alberto B. Martínez. Buenos Aires: Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco, pp. 106-178.
- Repetto, José (1892): *Apuntes para un hospital. Tesis presentada para optar al título de Doctor en Medicina y Cirujía*. Montevideo: Tipografía al Libro Inglés.
- Ruggiero, Kristin (1992): "Honor, Maternity, and the Disciplining of Women: Infanticide in Late Nineteenth-Century". En: *Hispanic American Historical Review*, 72/3, pp. 353-373.
- Sapriza, Graciela (1988): *Memorias de rebeldía. Siete historias de vida*. Montevideo: Puntosur.
- Scarzanella, Eugenia (2001): "Proteger a las mujeres y los niños. El internacionalismo humanitario de la Sociedad de las Naciones y las delegadas sudamericanas". En: Potthast/Scarzanella (eds.), pp. 205-221.
- Soca, Francisco (1972): "Discurso en defensa de la salud de los campesinos y trabajadores del medio rural". En: *Selección de discursos*. Montevideo: Biblioteca Artigas, pp. 207-221.
- Suriano, Juan (2000): *La cuestión social en Argentina, 1870-1943*. Buenos Aires: La Colmena.
- Trochon, Yvette (1997): "De grelas, cafishios y piringundines". En: Barrán/Caetano/ Porzecanski (eds.), pp. 63-102.
- Veronelli, Juan Carlos (1975): *Medicina, gobierno y sociedad. Evolución de las instituciones de atención de la salud en Argentina*. Buenos Aires: El Coloquio.
- Wainerman, Catalina/Binstock, Georgina (1992): "El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires". En: *Desarrollo Económico*, 32/128, pp. 271-284.
- Zauchinger, Adela (1910): *La protección a la primera infancia. Tesis presentada para optar al título de doctor en medicina*. Buenos Aires: J. M. Monqaut.